

Trakeobronkopatia Osteokondroplastika: Bir Olgu Nedeniyle

Tracheobronchopathia Osteochondroplastica:

Owing to a Case

Trakeobronkopatia Osteokondroplastika / Tracheobronchopathia Osteochondroplastica

Burçin Çelik¹, Salih Bilgin²

¹ Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,

² Göğüs Hastalıkları Kliniği, Samsun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Samsun, Türkiye.

*Türk Toraks Derneği 12. Yıllık Kongresi'nde (8-12 Nisan 2009, Antalya) e-poster olarak sunuldu.

Özet

Trakeobronkopatia osteokondroplastika (TBO), trakeobronşiyal ağacın lümenine uzanan submukozal nodüllerle karakterize nadir benign bir hastalıktır. Bu hastalık genellikle asemptomatik ve benign seyirlidir. Altmış bir yaşında erkek hasta öksürük ve kanlı balgam şikayetinin değerlendirilmesi amacıyla başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografide her iki akciğer üst zonlarda amfizem alanları ve subplevral büller, sol alt zonda konsolide alan tespit edildi. Fleksibl bronkoskopi trakea ön ve yan duvarlarında karınyaya kadar devam eden çok sayıda beyaz renkte düzensiz nodüler lezyonlar saptandı. Hasta medikal tedavi ile taburcu edildi. İnatçı öksürük, hemoptizi, ısrar eden atelektazi, rekürren segmental veya lobar enfeksiyonun ayırıcı tanısında TBO düşünülmelidir. Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur. Prognoz genellikle iyidir ve lezyonların yaygınlığına bağlıdır.

Anahtar Kelimeler

Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, Bronkoskopi, Tanı.

Abstract

Tracheobronchopathia osteochondroplastica (TBO) is a rare benign disease characterized by the presence of the submucosal nodules projecting into the tracheobronchial tree. This disease is usually asymptomatic and has a benign course. A 61-year old man was admitted with cough and hemoptysis for further evaluation. A chest computed tomography demonstrated emphysema and subpleural bullae in both upper lobes, and consolidation in the left lower lobe. A fiberoptic bronchoscopy revealed multiple white, irregular nodules on the anterior and lateral walls of the trachea extending to the level of the carina. The patient was discharged with medical therapy. TBO should be considered in the differential diagnosis as an unusual cause of persistent cough, hemoptysis, persistent atelectasis and recurrent segmental or lobar infection. There is no specific therapy for this entity. The prognosis of TBO is generally good and depends on the extent and the location of the lesions.

Keywords

Tracheobronchopathia Osteochondroplastica, Bronchoscopy, Diagnosis.

DOI: 10.4328/JCAM.10.2.23 Received: 07.11.2009 Accepted: 22.12.2009 Printed: 01.05.2010 J.Clin.Anal.Med. 2010 ; 1(2):37-39

Corresponding author: Burçin Çelik, 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Kurupelit, 55139, Samsun, Türkiye.

Phone: +90 362 312 19 19/2701 Fax: +90 362 457 60 41 E-mail: cburcin@hotmail.com

Giriş

Trakeobronkopatia osteokondroplastika (TBO) trakea ve bronşların lümenine doğru uzanan, kemik ve kıkırdak dokusu içeren submukozal nodüllerle karakterize benign bir patolojidir. Bu nodüller genellikle trakeada, subglottik larinste ve bronş ağacında bulunurlar [1–4]. İlk olarak Wilks [5] tarafından 1857 yılında tüberkülozdan ölen bir hastanın otopsi sırasında tanımlanmıştır. Genellikle 50 yaş üstünde tanı konulur ve cinsiyet farkı izlenmez. Olguların çoğunluğunda yakınma yoktur, klinik belirtiler obstrüktif ve infeksiyöz komplikasyonlar olunca ortaya çıkar [2, 3]. Çalışmanın amacı bronkoskopi ile tanı koyduğumuz bir trakeobronkopatia osteokondroplastika olgusunu sunmaktır.

Olgu

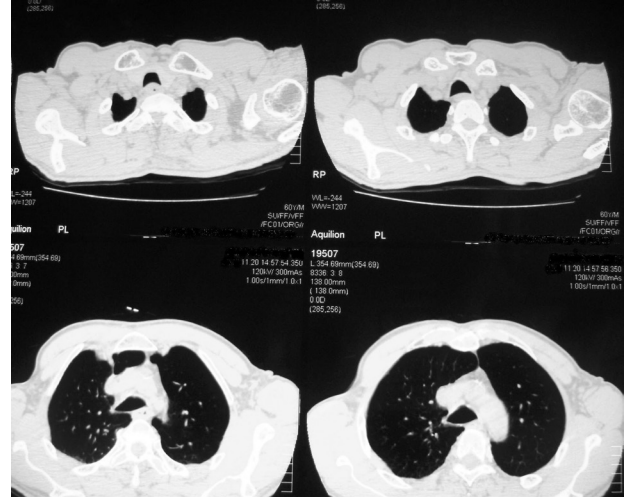
Altmış bir yaşında erkek hasta son bir haftadır devam eden öksürük ve beraberinde kanlı balgam şikayetinin değerlendirilmesi amacıyla başvurdu. Hastanın soy geçmişinde herhangi bir özellik yok iken öz geçmişinde solunum yolu enfeksiyonu ile hastaneye birçok kere başvurduğu saptandı. Dinlemekle akciğer sesleri özellikle sol alt lobda azalmıştı. Direkt akciğer grafisinde sol alt zonda infiltrasyon, parankimde yaygın amfizem alanları mevcuttu (Resim 1). Hastanın laboratuvar incelemelerinde



Resim 1. Başvuru anındaki direkt akciğer grafisinde her iki akciğerde yaygın amfizem alanları ve sol alt zonda infiltrasyon izlenmekte.

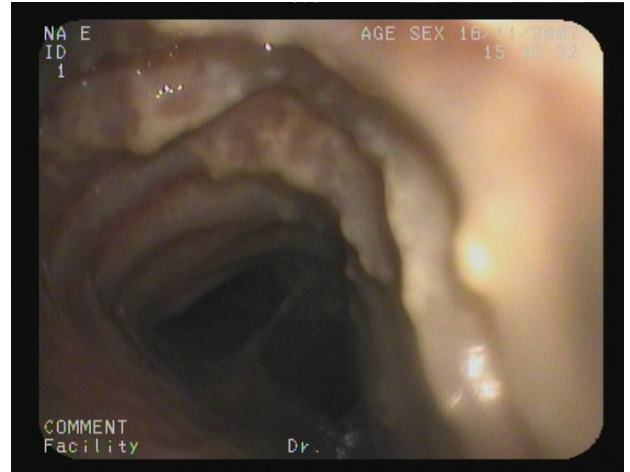
sadece sedimentasyon değeri yüksekti (62 mm/saat). Solunum fonksiyon testinde FVC 3.88 L (%107), FEV1 3.84 L (%113), FEV1/FVC %98.4 olarak saptandı.

Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğer üst zonlarda amfizem alanları ve subplevral büller, sol üst lob alt zonda konsolide alan tespit edilirken TBO'yu destekleyici bir bulgu izlenmedi (Resim 2). Tanı amaçlı lokal anestezi altında yapılan fleksibl bronkoskopide trakea ön ve yan duvarlarında karınaya kadar devam eden çok sayıda beyaz renkte, düzensiz nodüler lezyonlar saptandı (Resim 3). Bronkoskopide herhangi bir kanama odağı ve başka bir patoloji saptanmadı, bronşiyal biyopsiler ve bronkoalveoler lavaj alındı. Sol akciğerdeki enfeksiyona yönelik medikal tedavi verilen hastanın bronş biyopsisinde ve lavajında herhangi bir patoloji saptanmadı. Klinik ve radyolojik bulgularla trakeobronkopatia osteokondroplastika



Resim 2. Parankim kesitlerinde amfizem alanları, subplevral büller ve sol alt lobda konsolidasyon izlenirken trakeobronkopatia osteokondroplastikayı destekleyici bir bulgu izlenmemektedir.

tanısı konulan hasta medikal tedavi ve önerilerle taburcu edildi. Yaklaşık 2 yıldır poliklinik takibi altında olan hasta dönem dönem kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı şikayetlerle başvurmaktadır.



Resim 3. Bronkoskopide TBO'ya ait tipik submukozal nodüller trakea ön ve yan duvarlarında izlenmektedir.

Tartışma

Trakeobronkopatia osteokondroplastikanın etiyolojisi bilinmemektedir. Kronik enfeksiyonlar, kimyasal ve mekanik iritasyonlar, dejeneratif ve metabolik bozukluklar, konjenital ve genetik faktörler etiyolojiden sorumlu tutulmaktadır. Geçmişte tanı genellikle otopsi çalışmaları sırasında konulurken günümüzde bronkoskopi ve bilgisayarlı tomografinin kullanımının artmasıyla kolay tanı koyulur hale gelmiştir [1–4]. TBO insidansının otopsi çalışmalarında 1:400 ila 3:1000 arasında, bronkoskopi çalışmalarında 1:125 ila 1:6000 arasında olduğu bildirilmiştir [6, 7]. Bu oranlara göre %0.12 gibi daha düşük insidans bildiren bronkoskopi çalışmaları da mevcuttur [8].

TBO'da genellikle trakeanın alt 2/3'lük kısmı tutulurken la-

rinskten bronşlara kadar tüm bölgelerde tutulabilir. Lobar bronşların distalinde yani segmental bronşlarda lezyon izlenmez. TBO tanısı destekleyici karakteristik semptom ve bulgulara neden olmamaktadır. Genellikle hastalarda ilk olarak astma ya da kronik bronşit tanısı konulur. Hastanın hikayesinde kronik öksürük, egzersiz dispnesi ve solunum yolu enfeksiyonları genellikle uzun zamandan beri mevcuttur. Büyüyen nodüller hava yoluna doğru uzandıklarında kronik öksürük, hemoptizi, ısrar eden atelektazi, rekürren segmental veya lobar enfeksiyonlar ortaya çıkmaktadır, stridor nadirdir [1, 4, 9].

En önemli tanısal yöntemler bronkoskopi ve BT'dir. BT'de trakea arka duvarını tutmayan dens submukozal nodüller lezyonlar saptanırken BT'nin normal olduğu olgular da mevcuttur. Bronkoskopide trakea 2/3 alt bölümde ön ve yan duvarları tutan, sert, beyaz renkli, düzensiz, 1–6 mm ebadında ve çok sayıda nodüllerin izlenmesi ile tanı kesinleşir, bronkoskopik biyopsi genellikle gerekli değildir [3, 4, 9].

Olgumuz kliniğimize alt solunum yolu enfeksiyonu ve hemoptizi bulguları ile başvurdu. Direk akciğer grafisinde ve toraks BT'de TBO'yu destekleyecek bir bulgu izlenmedi. Sol alt zondaki konsolidasyon alanının araştırılması amacıyla yapılan bronkoskopide TBO'yu destekleyen tipik sub-

mukozal nodüller izlendi, bu nodüller dışında herhangi bir patoloji saptanmadı. Medikal tedavi verilen hasta önerilerle taburcu edildi ve halen poliklinik takibi altındadır.

TBO tanısı alan hastalar asemptomatik kalabilecekleri gibi öksürük, balgam çıkarma, hemoptizi gibi kronik ve tekrarlayan semptomlarla kliniklere başvurabilirler [9]. Bu hastalarda ayrıca literatürde belirtildiği gibi entübasyon güçlüğü ile karşılaşılabilir. Entübasyon gereken durumlarda hastada TBO tanısı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır [10].

Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur, semptomlara yönelik konservatif tedavi yöntemleri uygulanır. Prognoz genellikle iyidir ve lezyonların yaygınlığına bağlıdır. Havayolu obstrüksiyonu söz konusu olduğunda, lazer uygulaması, bronkoskopik olarak nodüllerin çıkarılması, stent ve radyoterapi uygulanmaktadır [1, 2, 4]. Tüm bu palyatif yöntemlerin uygulanmadığı ciddi darlıklarda Grillo ve arkadaşlarının [11] önerdiği linear anterior trakeoplasti uygulanabilir. Lezyonların malignleşme riski yoktur.

Sonuç olarak, trakeobronkopatia osteokondroplastika kronik persistan öksürük, hemoptizi, persistan atelektazinin ayırıcı tanısında düşünülmelidir. BT ile her zaman tanıya ulaşılamayabilir ancak bronkoskopi bu tür şikayetleri olan hastalarda tanı koydurucudur.

Kaynaklar

1. Abu-Hijleh M, Lee D, Braman SS. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: a rare large airway disorder. *Lung* 2008;186:353–359.
2. Kart L, Kiraz K, Büyüloğlan H, Özesmi M, Şentürk Z, Gülmez İ ve ark. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: two cases and review of literature. *Tub Toraks Derg* 2004;52:268–271.
3. Baran A, Güngör S, Ünver E, Yılmaz A. Trakeobronkopatia osteokondroplastika: bir olgu nedeniyle. *Tub Toraks Derg* 2004;52:183–185.
4. Prakash UB. Tracheobronchopathia osteochondroplastica. *Semin Respir Crit Care Med* 2002;23:167–175.
5. Wilks S. Ossific deposits on the larynx, trachea and bronchi. *Trans Pathol Soc Lond* 1857;8:88.
6. Pounder D, Pieterse A. Tracheopathia osteoplastica: report of four cases. *Pathology* 1982;14:429–433.
7. Smith D, Pillai R, Gillbe C. Tracheopathia osteoplastica: a cause of unexpected difficulty in tracheal intubation. *Anaesthesia* 1987;42:536–538.
8. Bioque JC, Feu N, Rubio JM, Martin MA, Garcia FL, Bravo JM, et al. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: clinical study and follow-up in nine cases. *J Bronchology* 2001;8:78–83.
9. Leske V, Lazor R, Coetmeur D, Crestani B, Chatté G, Cordier JF; Groupe d'Etudes et de Recherche sur les Maladies "Orphelines" Pulmonaires. Tracheobronchopathia osteochondroplastica: a study of 41 patients. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:378–90.
10. Tadjeddien A, Khorgami Z, Akhlaghi H. Tracheobronchopathia osteoplastica: cause of difficult tracheal intubation. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1480–2.
11. Grillo HC, Wright CD. Airway obstruction owing to tracheopathia osteoplastica: treatment by linear tracheoplasty. *Ann Thorac Surg* 2005;79:1676–81.